

Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları ile Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Investigation of the Relationship Between Ethical Sensitivity of Nurses and Individualized Care Perceptions

^{id} Mehmet Emin ATAY^a, ^{id} Afife YURTTAŞ^b

^aAğrı Devlet Hastanesi, Ağrı, TÜRKİYE

^bAtatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD, Erzurum, TÜRKİYE

^{*}Bu çalışma, 1.Uluslararası Hemşirelikte Yenilikçi Yaklaşımlar Kongresi (20-22 Haziran 2019, Erzurum)'nde sözel olarak sunulmuştur.

ÖZET Bu araştırma, hemşirelerin etik duyarlılıkları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Ağrı Devlet Hastanesinde çalışan 216 hemşire ile Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan 650 hemşire oluşturmuştur. Çalışma, izinli olmayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 327 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin elde edilmesinde tanıtıcı bilgi formu, ahlaki duyarlılık anketi ve bireyselleştirilmiş bakım skalası-hemşire versiyonu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, ölçek toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları hesaplanmıştır. Verilerin analizinde sayılar, yüzdellikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra parametrik ve nonparametrik testler kullanılmıştır. Ahlaki duyarlılık puanı 79,75±21,49, Bireyselleştirilmiş bakım puanı ise 3,76±15,90 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım toplam puanı ile ahlaki duyarlılık toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Hemşirelerin etik duyarlılıkları ve bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında toplam puan ve alt boyutları arasında ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bireyselleştirilmiş bakım algısı; etik duyarlılık; hemşirelik

ABSTRACT This study was carried out to investigate the relationship between the ethical sensitivities of nurses and individualized care perceptions. The research was conducted in descriptive and relational types. The universe of the research consisting of 216 nurses working at Ağrı State Hospital and 650 nurses working at Atatürk University Research Hospital. The study was carried out with 327 nurses who not get permission and voluntarily accepted to participate in the research. Introductory information form, moral sensitivity questionnaire and individualized care scale-a-nurse version were used to obtain the research data. Scale total score and scale subscale mean scores were calculated. In the analysis of the data, numbers, percentages, minimum and maximum values, mean and standard deviations as well as parametric and nonparametric tests were used. The nurses' moral sensitivity scale was 79.75±21.49, The total number of individualized care was found as 3.76±15.90. There was a significant correlation between the total score of the nurses' individualized care total score and Moral Sensitivity total score (p<0.05). The relationship between nurses' ethical sensitivities and individualized perceptions of care was found to be correlated with total score and sub-dimensions.

Keywords: Individualized care perception; ethical sensitivity; nursing

Hemşirelik; insanların sağlığını ve esenliğini koruma, yükseltme, hastalık durumunda iyileşmesine yardımcı olmayı hedefleyen, bilim ve sanattan oluşan bir meslektir.¹ Bir felsefe dalı olan etik, bireyler arası ilişkilerin özünde yer alan değerleri, iyi ya da kötüyü, doğru ya da yanlış araştırmakta olup, gün geçtikçe sağlık alanında ve özellikle hemşirelikte önem kazan-

maktadır.² Etik duyarlılık, hemşirelerin bilinçli olmasını ve hastalarının gereksinimlerini karşılayarak, bireyselleştirilmiş bakımı desteklemeleri için hastanın sözlü veya sözsüz verdiği ipuçlarını ve davranışlarını yorumlamasını gerektirir. Ahlaki sorunlar, çatışmalar ve etik ikilemin yetersiz olması, sağlık bakım ortamının düzenlenebilmesini ve etik karar verebilme duru-

Correspondence: Afife YURTTAŞ

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD, Erzurum, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: afife-72@hotmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History.

Received: 11 Jun 2020 **Received in revised form:** 22 Jul 2020 **Accepted:** 23 Jul 2020 **Available online:** 31 Dec 2020

2146-8982 / Copyright © 2021 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

munu olumsuz etkilediği gibi bakımda bireyselliğin sağlanmasını da engellemektedir.³

Etik duyarlılıklarının yüksek olması meslekte profesyonelleşmeye olumlu katkı sağlarken, hemşirelik bakımının kalitesini de artıracaktır. Goethals, bakımda etiği teorik değil, ahlaki bakış açısı, ahlaki bir boyut ve yönelim olarak tarif etmektedir. Hemşirelik bakımı ahlaki bir davranış olup, yardıma muhtaç olan, zor durumdaki bireylere ve durumlara yönelik farkında, duyarlı ve destekleyici bir olgudur.⁴

Bakım sunumu esnasında bireyselliğin sağlanması ve devam ettirilmesi, bireyi diğer fertlerden ayrıcalıklı kılan ve bireyselliğini oluşturan bu hususların dikkate alınmasının dışında, bireyin kendisini ilgilendiren kararlara katılımını gerekli kılar.⁵ Bireyselleştirilmiş bakım, sadece bireysel özellikleri yönünde hemşirelik uygulamalarının düzenlenerek bireyin bakımının verilmesi değildir. Bunun yanı sıra bakım verilen hastanın da hemşirenin bu yaklaşımını algılaması ve kendi bakımında bu algıları tecrübe etmesi, hissetmesi ve geri bildirimde bulunmasıdır.⁵ Bu bağlamda, bakım veren hemşirelerin etik duyarlılığının belirlenmesi, mesleki gelişimlerine ve kendilerini gerçekleştirmelerine katkıda bulunmasının dışında hasta bireylere sunulacak hemşirelik bakımının niteliğini de direkt olarak etkileyebilecektir.²

Bakımda etik duyarlılığı ayrıcalıklı kılan, birey ve bireyler arası ilişkilere yönelik farklı anlayışının olmasıdır.⁶ Özgün bakım uygulayıcısı hemşireler bakımın değerini anlayıp, içselleştirmeli, uygulamalarında göstermelidir.⁷ Etik duyarlılık, hasta ihtiyaçlarının tanımlanabilmesi için bakım sunan kişinin, sözlü olan veya mimikleriyle ortaya çıkan ipuçlarını ve davranışları yorumlayıp açıklayabilmesini ve bilincinde olmasını gerektirir.^{6,7} Çünkü duygular, bir değeri meydana getiren en önemli unsurlardır. Bu sebeple hemşirelik mutlak bir varlık olarak algılanmanın dışında, bir başkası için var olma sorumluluğunu duyumsamayı gerektirmektedir.^{4,7}

Hemşirelerin, etik problemi ayırt edebilmesi ve doğru kararları verebilmesi için etik problemi tanımlama becerisi olan etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekmektedir.^{6,7}

Bu bağlamda literatür incelendiğinde, Türkiye’de hemşirelerin etik duyarlılığına ilişkin çalış-

malar bulunmakla birlikte, bireyselleştirilmiş bakım ile ele alınmadığı görülmektedir.^{3,7,8} Bu yüzden, hemşirelerin etik duyarlılıkları ile bireyselleştirilmiş bakım düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın tipii tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde planlanmıştır. Araştırma, 27.2.2018-22.4.2019 tarihleri arasında, Ağrı il merkezinde yer alan Ağrı Devlet Hastanesi ile Erzurum il merkezinde yer alan Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini, Ağrı Devlet Hastanesinde çalışan 216 hemşire ile Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan 650 hemşire (866 hemşire) oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, izinli olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 327 hemşire oluşturmuştur.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Tanıttıcı Bilgi Formu

Tanıttıcı bilgi formu, kişisel ve mesleki özelliklere ait toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

Ahlaki Duyarlılık Anketi

Ahlaki duyarlılık anketi (ADA), etik duyarlılığı ölçmek amacıyla Kim Lutzen tarafından geliştirilmiştir.⁸ ADA toplam 30 ifadeden oluşan Likert tipteki bu ölçek 6 alt boyuttan (otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon) meydana gelmektedir (*Tosun H. Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenene Etik İkilere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2005*). ADA’nın Türkiye’de uyarlanması ve ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tosun tarafından 2005 yılında yapılmıştır (*Tosun H. Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenene Etik İkilere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2005*). Likert tipte olan anketten alınan puanın düşük olması etik açıdan yüksek duyarlılığı, yüksek olması ise düşük duyarlılığı

ifade etmektedir (*Tosun H. Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkiyemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2005*).⁸ Yapılan çalışmada, ADA'nın Cronbach alfa değeri 0,84 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,90 olarak saptanmıştır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu

Bireyselleştirilmiş bakım skalası (BBSA)-hemşire versiyonu, 2007 yılında Suhonen ve ark. tarafından geliştirilmiştir.⁹ Türkiye'de uyarlanması ve ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şendir ve ark. tarafından yapılmıştır.¹⁰ Beşli Likert tipte bir ölçek olup, 17 sorudan meydana gelmektedir. BBSA-hemşire versiyonu; klinik durum, kişisel yaşam durumu ve bakım üzerinde karar vermede kontrolü olmak üzere toplam 3 alt boyuttan meydana gelmektedir.⁹ Alınan puanın yüksek olması hemşirelerin, genel olarak uyguladıkları hemşirelik davranışları esnasında, hastaların bireyselliğini desteklemenin yüksek olduğunu ifade eder. Suhonen ve ark.nın çalışmasında 0,88 olarak bulunan Cronbach alfa değeri, Şendir ve ark.nın çalışmasında 0,91 bulunmuştur.^{9,10} Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,94 olarak saptanmıştır.

VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri, Şubat 2018-Nisan 2018 tarihleri arasında Ağrı Devlet Hastanesi ile Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi yönetiminin izin verdiği bir mesai saatinde, örnekleme alınan hemşirelere araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllülükleri dikkate alınarak, anketler dağıtılmış ve yeterli sürenin sonunda (ortalama 20-25 dk) toplanmıştır.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayılar, yüzdelikler, minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapma, Mann-Whitney U, bağımsız gruplarda t-testi, varyans analizi ve Kruskal-Wallis analizi kullanılmıştır.

ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜKLERİ VE SINIRLILIKLARI

Bu araştırma, araştırmanın yapıldığı Ağrı Devlet Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ile sınırlıdır.

ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın uygulanabilmesi için Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulundan etik kurul izni (27.02.2018/2018/2-4) ve Ağrı Devlet Hastanesi ile Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılım, gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin bilgileri gizli tutulmuş ve sadece araştırma için kullanılmıştır. Araştırma, Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır.

BULGULAR

Katılımcılara ait demografik özellikler **Tablo 1**'de gösterilmektedir.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin puan dağılımları **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

Hemşireler; otonomi alt boyutundan 17,27±5,68, yarar sağlama alt boyutundan 10,75±3,81, bütüncül yaklaşım alt boyutundan 12,17±4,39, çatışma alt boyutundan 10,34±3,78, uygulama alt boyutundan 10,93±3,7 ve oryantasyon alt boyutundan 9,09±3,69 puan almışlardır. Hemşireler, ADA ölçek toplamında 79,75±21,49 puan almışlardır. Alınan puanlar 30-175 arasında değişmektedir.

Hemşireler; klinik durum alt boyutundan 3,86±7,18, kişisel yaşam alt boyutundan 3,52±4,26 ve karar verme kontrolü alt boyutundan 3,81±6,04 puan almışlardır. Bireyselleştirilmiş bakım toplam puanı 3,76±15,90'dır.

Demografik özelliklere göre ADA ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması **Tablo 3**'te gösterilmiştir.

Tablo 3'te görüldüğü gibi otonomi alt boyutu için yaş, medeni durum, çalışma pozisyonu, çalışılan servis, çalışma statüsü ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında anlamlılık bulunmamıştır (p>0,05). Çalışılan hastaneye göre puan ortalamalarına bakıldığında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Ağrı Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin otonomi puan ortalamaları daha yüksektir.

TABLO 1: Hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı.

	n	%		
Yaş				
18-23	72	22,0		
24-29	122	37,3		
30-35	100	30,6		
36-41	15	4,6		
42+	18	5,5		
Medeni durum				
Evli	174	53,2		
Bekâr	153	46,8		
Hastane				
Ağrı Devlet Hastanesi	140	42,8		
Atatürk Üniversitesi A.H	187	57,2		
Çalışma pozisyonu				
Sorumlu hemşire	34	10,4		
Servis hemşiresi	227	69,4		
Diğer	66	20,2		
Çalışılan servis				
Dahili birim	88	26,9		
Cerrahi birim	87	26,6		
Fizik tedavi, psikiyatri servisleri	48	14,7		
Acil, yoğun bakım, ameliyathane	88	26,9		
Diğer	16	4,9		
Çalışma statüsü				
Kadrolu	185	56,6		
Sözleşmeli	142	43,4		
İş yaşam kalitesi				
Mükemmel	3	0,9		
Çok iyi	25	7,6		
İyi	184	56,3		
Kötü	92	28,1		
Çok kötü	23	7,0		
	n	Minimum-Maksimum	Ortalama	SS
Hemşire olarak çalışma süresi (yıl)	327	1-28	6,12	5,11
Bu serviste çalışma süresi (yıl)	327	1-28	3,51	3,11
Toplam çalışma saati	327	40-72	47,68	7,55

Yarar sağlama alt boyutu için yaş, medeni durum, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve çalışma statüsüne göre puan ortalamalarında anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışılan hastaneye ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarındaki fark anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$). Ağrı Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin, yarar sağlama puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. İş yaşam ka-

litesindeki farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (Dunnet C); iş yaşam kalitesini çok kötü olarak tanımlayanların otonomi puanlarının, çok iyi, iyi ve kötü olarak tanımlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bütüncül yaklaşım alt boyutu için yaş, medeni durum, çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis, çalışma statüsü ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çatışma alt boyutu için medeni durum ve çalışma statüsüne göre puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaş, çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ağrı Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin çatışma puan ortalamaları daha yüksektir. Yaşa göre ortaya çıkan farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (Dunnet C); 30-35 yaş grubundakilerin çatışma puanlarının, 24-29 yaş grubundakilerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışma pozisyonuna göre fark hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (LSD), sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların çatışma puanlarının, diğer işleri yapan hemşirelerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışılan servise göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (LSD), dahili birimlerde çalışanların çatışma

TABLO 2: Çalışmada kullanılan ölçeklerin puan dağılımları.

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
ADA toplam puan	327	30,00	175,00	79,75	21,49
Otonomi	327	7,00	44,00	17,27	5,68
Yarar sağlama	327	4,00	24,00	10,75	3,81
Bütüncül yaklaşım	327	5,00	32,00	12,17	4,39
Çatışma	327	3,00	21,00	10,34	3,78
Uygulama	327	4,00	22,00	10,93	3,71
Oryantasyon	327	4,00	25,00	9,09	3,69
BBSA toplam puan	327	17,00	85,00	3,76	15,90
Klinik durum	327	7,00	35,00	3,86	7,18
Kişisel yaşam	327	4,00	20,00	3,52	4,26
Karar verme kontrolü	327	6,00	30,00	3,81	6,04

ADA: Ahlaki duyarlılık anketi; BBSA: Bireyselleştirilmiş bakım skalası-hemşire versiyonu.

TABLO 3: Demografik özelliklere göre ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması.

	n	Otonomi		Yarar sağlama		Bütüncül yaklaşım		Çatışma		Uygulama		Oryantasyon		Toplam puan	
		Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Yaş	72	17,19	5,03	10,61	3,39	12,38	3,80	10,25	4,03	11,40	3,78	9,01	3,27	80,00	19,54
	122	17,54	6,05	11,26	4,73	12,35	4,73	11,13	3,66	11,25	3,62	9,37	4,27	82,66	21,27
	100	17,06	5,79	10,29	3,71	12,16	4,47	9,51	3,53	10,38	3,79	8,91	3,32	76,82	22,68
	15	17,53	3,78	10,13	3,87	11,53	4,17	9,93	4,45	11,20	3,76	9,27	3,67	78,73	21,02
	18	16,72	6,65	10,94	4,44	11,28	4,11	10,22	3,62	9,67	3,20	8,39	3,09	76,22	23,66
Önemlilik		χ^2 kw=1,215 p=0,876		F=1,050 p=0,381		χ^2 kw=2,159 p=0,707		F=2,649 p=0,033		F=1,619 p=0,169		χ^2 kw=0,528 p=0,971		χ^2 kw=7,630 p=0,106	
Medeni Durum	174	17,22	5,76	10,87	3,78	11,97	4,28	10,33	3,79	10,51	3,56	9,18	3,59	78,87	20,91
	153	17,33	5,60	10,61	3,85	12,39	4,50	10,35	3,79	11,41	3,82	8,99	3,81	80,76	22,17
Önemlilik		U=13194,000 p=0,890		t=-0,613 p=0,540		U=12707,000 p=0,475		t=-0,045 p=0,964		t=-2,202 p=0,028		U=12570,500 p=0,379		U=12870,000 p=0,604	
Hastane	140	18,21	6,83	11,68	4,47	12,85	5,16	12,35	3,81	12,16	4,33	8,84	4,44	86,55	22,97
	187	16,57	4,53	10,06	3,06	11,65	3,64	8,83	2,98	10,01	2,84	9,28	3,00	74,66	18,84
Önemlilik		U=11176,000 p=0,022		t=-3,688 p=0,000		U=11529,000 p=0,062		t=-9,054 p=0,000		t=5,112 p=0,000		U=10875,500 p=0,008		U=8300,500 p=0,000	
Çalışma Pozisyonu															
Sorumlu hemşire	34	17,44	5,57	10,18	3,28	11,76	4,26	9,21	4,05	10,88	4,01	9,56	4,03	78,82	23,02
	227	16,91	5,68	10,60	3,70	12,07	4,30	10,01	3,64	10,67	3,74	8,85	3,30	78,06	21,12
	66	18,44	5,64	11,58	4,33	12,70	4,75	12,05	3,65	11,85	3,32	9,67	4,62	86,06	21,12
Önemlilik		χ^2 kw=5,812 p=0,055		F=2,128 p=0,121		χ^2 kw=1,717 p=0,424		F=9,589 p=0,000		F=2,634 p=0,073		χ^2 kw=1,005 p=0,605		χ^2 kw=9,795 p=0,007	
Çalışılan servis	88	17,26	6,13	11,00	3,88	12,14	4,93	9,31	3,91	10,55	3,70	9,13	3,84	78,38	23,73
	87	16,41	5,30	10,20	3,32	12,05	3,88	11,08	3,75	11,14	4,32	8,82	3,65	79,16	19,93
	48	16,65	5,56	10,54	3,38	11,63	4,11	10,40	3,89	10,04	3,11	8,85	3,32	76,96	19,32
Önemlilik		χ^2 kw=6,302 p=0,178		F=1,402 p=0,233		χ^2 kw=4,666 p=0,323		F=5,472 p=0,000		F=2,210 p=0,088		χ^2 kw=8,059 p=0,089		χ^2 kw=7,346 p=0,119	
Çalışma statüsü	185	17,01	5,97	10,77	4,06	11,99	4,53	10,52	3,96	10,66	3,78	8,98	3,83	78,91	22,20
	142	17,61	5,28	10,73	3,47	12,39	4,19	10,10	3,54	11,27	3,59	9,24	3,49	80,85	20,57
Önemlilik		U=12240,500 p=0,286		t=0,083 p=0,934		U=12300,500 p=0,320		t=0,996 p=0,320		t=-1,460 p=0,145		U=12392,000 p=0,374		U=12371,000 p=0,366	
İş yaşamı kalitesi	3	17,33	5,69	10,67	5,51	11,67	4,51	12,67	7,23	13,67	7,23	6,00	2,00	84,00	35,03
	25	17,76	6,42	9,88	3,00	12,04	3,77	8,40	3,43	10,68	3,39	9,52	3,51	76,60	22,73
	184	17,14	4,93	10,63	3,48	11,93	3,91	10,41	3,81	10,76	3,50	9,01	3,46	79,09	19,52
	92	16,93	6,49	10,45	3,93	11,96	4,99	10,14	3,50	10,71	3,98	8,91	4,00	78,05	22,81
	23	19,17	6,98	13,91	5,09	15,04	5,31	12,30	3,72	13,04	3,59	10,39	4,28	94,70	24,21
Önemlilik		χ^2 kw=2,067 p=0,724		F=4,683 p=0,001		χ^2 kw=7,697 p=0,103		F=3,677 p=0,006		F=2,532 p=0,040		χ^2 kw=6,787 p=0,148		χ^2 kw=11,855 p=0,018	

puanlarının, cerrahi birimlere çalışanlardan daha düşük olduğu ve diğer servislerde çalışanların puanlarının dahili, cerrahi birim, klinikler ve riskli birimlerde çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

İş yaşam kalitesi için farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (LSD), iş yaşam kalitesini çok kötü olarak tanımlayanların çatışma puanlarının, çok iyi, iyi ve kötü olarak tanımlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Uygulama alt boyutu için yaş, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve çalışma statüsüne göre puan ortalamalarında fark çıkmamıştır ($p>0,05$). Medeni durum, çalışılan hastane ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamaları anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$). Bekârların ve Ağrı Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin, uygulama puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İş yaşam kalitesi için farka hangi grubun neden olduğunu belirlemek için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (LSD), iş yaşam kalitesini çok kötü olarak tanımlayanların uygulama puanlarının, çok iyi, iyi ve kötü olarak tanımlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Oryantasyon alt boyutu için yaş, medeni durum, çalışma pozisyonu, çalışılan servis, çalışma statüsü ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında anlamlılık çıkmamıştır ($p>0,05$). Çalışılan hastaneye göre puan ortalamalarında anlamlılık saptanmıştır ($p<0,05$). Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin oryantasyon puan ortalamaları ise daha yüksektir.

ADA toplam puanı için yaş, medeni durum ve çalışılan servis ve çalışma statüsüne göre puan ortalamalarında anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışılan hastane, çalışma pozisyonu ile iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında ise anlamlılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ağrı Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin toplam puan ortalamaları daha yüksektir.

Çalışma pozisyonuna göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U), sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların çatışma puanlarının, diğer işleri yapan hemşirelerden düşük olduğu belirlenmiştir.

İş yaşam kalitesi için farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U), iş yaşam kalitesini çok kötü olarak tanımlayanların toplam puanlarının, çok iyi, iyi ve kötü olarak tanımlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Demografik özelliklere göre BBSA ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4'te görüldüğü gibi klinik durum alt boyutu için yaş, medeni durum ve çalışma statüsüne bakıldığında puan ortalamalarında farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin, klinik durum puan ortalamaları daha yüksektir.

Çalışma pozisyonuna göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U), sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların klinik durum puanlarının, diğer işleri yapan hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışılan servise göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U), dahili birimlerde çalışan hemşirelerin klinik durum puanlarının, riskli birimlerde çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

İş yaşam kalitesi için farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U), iş yaşam kalitesi mükemmel olanların puanlarının, çok iyi, iyi ve kötü olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Kişisel yaşam alt boyutu için yaş, medeni durum ve çalışma statüsüne bakıldığında puan ortalamalarında farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında ise anlamlılık saptanmıştır ($p<0,05$). Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin, kişisel yaşam puan ortalamaları daha yüksektir.

Çalışma pozisyonuna göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (LSD), sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların kişisel yaşam puanlarının, diğer

TABLO 4: Demografik özelliklere göre bireyselleştirilmiş bakım skalası ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması.

	n	Klinik durum		Kişisel yaşam		Karar verme kontrolü		Toplam puan	
		Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Yaş									
18-23	72	3,83	1,02	3,50	1,01	3,82	0,93	3,75	0,87
24-29	122	3,90	1,04	3,46	1,11	3,81	1,03	3,77	0,95
30-35	100	3,81	1,05	3,54	1,08	3,74	1,06	3,72	0,98
36-41	15	3,96	1,16	3,58	1,09	3,91	1,15	3,85	1,09
42+	18	4,04	0,72	3,85	0,87	4,14	0,68	4,03	0,6
Önemlilik		$\chi^2_{kw}=1,189$ $p=0,880$		$F=0,537$ $p=0,709$		$\chi^2_{kw}=1,961$ $p=0,743$		$\chi^2_{kw}=1,555$ $p=0,817$	
Medeni durum									
Evli	174	3,87	1,03	3,53	1,08	3,79	1,03	3,76	0,95
Bekâr	153	3,87	1,02	3,51	1,05	3,84	0,99	3,78	0,92
Önemlilik		$U=13195,000$ $p=0,892$		$t=0,174$ $p=0,862$		$U=12954,000$ $p=0,675$		$U=13216,500$ $p=0,912$	
Hastane									
Ağrı DH	140	3,68	1,16	3,13	1,13	3,64	1,14	3,54	1,03
Atatürk Üni A.H	187	4,01	0,89	3,81	0,91	3,95	0,88	3,94	0,81
Önemlilik		$U=11208,500$ $p=0,026$		$t=-5,808$ $p=0,000$		$U=11244,000$ $p=0,029$		$U=9939,000$ $p=0,000$	
Çalışma pozisyonu									
Sorumlu hemşire	34	4,09	1,02	3,71	1,12	3,98	1,11	3,96	1,02
Servis hemşiresi	227	3,92	0,99	3,61	1,01	3,87	0,95	3,83	0,89
Diğer	66	3,59	1,12	3,12	1,14	3,55	1,09	3,47	1,00
Önemlilik		$\chi^2_{kw}=7,610$ $p=0,022$		$F=6,119$ $p=0,002$		$\chi^2_{kw}=7,332$ $p=0,026$		$\chi^2_{kw}=12,105$ $p=0,002$	
Çalışılan servis									
Dahili birim	88	4,11	0,79	3,77	0,96	4,02	0,78	4,00	0,73
Cerrahi birim	87	3,89	1,07	3,67	1,04	3,84	1,06	3,82	0,97
Fizik tedavi,	48	3,94	0,88	3,57	0,94	4,01	0,86	3,88	0,77
Psikiyatri servisleri									
Acil, yoğun bakım,	88	3,67	1,07	3,19	1,10	3,56	1,06	3,52	0,98
Ameliyathane									
Diğer	16	3,27	1,62	2,94	1,31	3,36	1,49	3,22	1,44
Önemlilik		$\chi^2_{kw}=8,037$ $p=0,090$		$F=5,293$ $p=0,000$		$\chi^2_{kw}=10,560$ $p=0,032$		$\chi^2_{kw}=13,503$ $p=0,009$	
Çalışma statüsü									
Kadrolu	185	3,78	1,10	3,44	1,09	3,74	1,08	3,69	1,01
Sözleşmeli	142	3,99	0,91	3,62	1,03	3,91	0,90	3,87	0,82
Önemlilik		$U=12062,000$ $p=0,204$		$t=-1,448$ $p=0,149$		$U=12298,500$ $p=0,322$		$U=12039,000$ $p=0,196$	
İş yaşam kalitesi									
Mükemmel	3	2,43	1,36	2,00	1,15	2,28	0,25	2,27	0,47
Çok iyi	25	4,08	0,84	3,80	0,95	4,04	0,80	4,00	0,75
İyi	184	3,89	0,99	3,67	1,01	3,87	1,00	3,83	0,91
Kötü	92	3,91	1,12	3,31	1,12	3,78	1,08	3,72	1,02
Çok kötü	23	3,53	0,88	3,07	0,97	3,48	0,81	3,40	0,75
Önemlilik		$\chi^2_{kw}=10,574$ $p=0,032$		$F=5,072$ $p=0,001$		$\chi^2_{kw}=13,403$ $p=0,009$		$\chi^2_{kw}=14,531$ $p=0,006$	

işleri yapan hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışılan servise göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (LSD), riskli birimlerde çalışanların kişisel yaşam puanlarının, dahili, cerrahi birim ve kliniklerde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

İş yaşam kalitesi için farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (LSD), iş yaşam kalitesi kötü olanların puanlarının, mükemmel olanlardan yüksek, çok iyi ve iyi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Karar verme kontrolü alt boyutu için yaş, medeni durum ve çalışma statüsüne bakıldığında puan ortalamalarında farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin, karar verme kontrolü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma pozisyonuna göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U), sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların karar verme kontrolü puanlarının, diğer işleri yapan hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışılan servise göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U), riskli birimlerde çalışanların karar verme kontrolü puanlarının, dahili, cerrahi birim ve kliniklerde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

İş yaşam kalitesi için farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U), iş yaşam kalitesi mükemmel olanların puanlarının, çok iyi, iyi ve kötü olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

BBSA toplam puanı için yaş, medeni durum ve çalışma statüsüne bakıldığında puan ortalamalarında farklılık çıkmamıştır ($p>0,05$). Çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin, toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma pozisyonuna göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U), sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların toplam puanlarının, diğer işleri yapan hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışılan servise farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U), riskli birimlerde çalışanların toplam puanlarının, dahili, cerrahi birim ve kliniklerde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

İş yaşam kalitesi için farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U), iş yaşam kalitesi mükemmel olanların puanlarının, çok iyi, iyi, kötü ve çok kötü olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

ADA ve BBSA arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5'te görüldüğü gibi otonomi alt boyut puanı ile klinik durum, kişisel yaşam, karar verme ve BBSA toplam puanına bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Yarar sağlama alt boyutu ile kişisel yaşam alt boyutu ve BBSA toplam puanı arasında negatif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p<0,05$). Yarar sağlama puanı arttıkça, kişisel yaşam puanı ve BBSA toplam puanı düşmektedir. Yarar sağlama puanı ile klinik durum ve karar verme puanlarına bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Bütüncül yaklaşım alt boyutu ile klinik durum, karar verme ve BBSA toplam puanına bakıldığında, negatif yönlü, düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p<0,05$). Bütüncül yaklaşım alt boyut puanı arttıkça klinik durum, karar verme ve BBSA toplam puanı düşmektedir. Bütüncül yaklaşım alt boyut puanı ile kişisel yaşam toplam puanına bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Çatışma alt boyutu ile kişisel yaşam alt boyutu ve BBSA toplam puanına bakıldığında, negatif yönlü, düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p<0,05$). Çatışma puanı arttıkça, kişisel yaşam puanı ve BBSA toplam puanı düşmektedir. Çatışma puanı ile klinik durum ve karar verme puanlarına bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

TABLO 5: Ahlaki duyarlılık ölçeği ve alt boyutları ile bireyselleştirilmiş bakım skalası ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		Klinik durum	Kişisel yaşam	Karar verme	Bireysel toplam
ADA toplam	r değeri	-0,102	-0,149	-0,114	-0,162
	p değeri	0,064	0,007	0,039	0,003
Otonomi	r değeri	-0,073	-0,035	-0,055	-0,083
	p değeri	0,186	0,531	0,325	0,135
Yarar sağlama	r değeri	-0,065	-0,126	-0,073	-0,114
	p değeri	0,241	0,022	0,191	0,040
Bütüncül yaklaşım	r değeri	-0,13	-0,077	-0,132	-0,157
	p değeri	0,018	0,166	0,017	0,004
Çatışma	r değeri	-0,052	-0,215	-0,091	-0,144
	p değeri	0,346	0,000	0,101	0,009
Uygulama	r değeri	-0,128	-0,139	-0,128	-0,166
	p değeri	0,020	0,012	0,021	0,003
Oryantasyon	r değeri	-0,110	0,022	-0,102	-0,095
	p değeri	0,047	0,693	0,066	0,087

Uygulama alt boyut puanı ile klinik durum, kişisel yaşam, karar verme ve BBSA toplam puanına bakıldığında, negatif yönlü, düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Uygulama alt boyut puanı arttıkça, klinik durum, kişisel yaşam, karar verme ve BBSA toplam puanı düşmüştür.

Oryantasyon alt boyut puanı ile klinik durum puanına bakıldığında, negatif yönlü, düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Oryantasyon puanı arttıkça, klinik durum puanı düşmektedir. Oryantasyon puanı ile kişisel yaşam, karar verme ve BBSA toplam puanına bakıldığında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

ADA toplam puanı ile kişisel yaşam, karar verme ve BBSA toplam puanına bakıldığında, negatif yönlü, düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). ADA toplam puanı arttıkça, kişisel yaşam, karar verme ve BBSA toplam puanı düşmektedir. ADA toplam puanı ile klinik durum alt boyut puanına bakıldığında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Bu bölümde hemşirelerin, etik duyarlılıkları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın bulguları, literatür doğrultusunda tartışılmış ve yorumlanmıştır.

Hemşirelerin ADA puan ortalamalarına bakıldığında, hemşirelerin etik duyarlılıklarının orta seviyede olduğu saptanmıştır. (ADA toplam puan ortalaması: 79,75) Bu çalışmada, hemşirelerin ADA puan ortalamaları, yapılan diğer çalışmaların ADA puan ortalamalarından düşük olduğu saptanırken, bazı çalışmalardaki ADA puan ortalamalarından ise yüksek bulunmuştur.¹¹

Hemşirelerin, etik duyarlılık düzeylerini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada hemşireler; otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon alt boyutundan yükseğe yakın puan almışlardır. Elde edilen sonuçlar, Tosun'un yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin; yarar sağlama, otonomi, oryantasyon, bütüncül yaklaşım alt boyutlarında yüksek etik duyarlılığa sahip olmaları ile benzerlik göstermiştir.¹² Bu çalışmada, ADA puan ortalamasının orta düzeyde olması (ADA toplam puan ortalaması: 79,75) tatmin edici olup, bu bulgular sonucunda ADA puan ortalamalarındaki farklılıkların daha önce yapılmış olan çalışmalarda yalnız hemşireler ile yapılmamış olması, çalışmanın farklı klinik ve bölgelerde çalışan hemşireler ile yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada, hemşirelerin yaş gruplarına göre etik duyarlılıkları incelendiğinde çatışma alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Hemşirelerin, yaş gruplarına göre etik duyarlılık toplam puanları

arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmasına rağmen 30 yaş ve üzeri grubun etik duyarlılık toplam puanlarının, 18-29 yaş grubuna oranla daha düşük olduğu dolayısıyla da etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlara benzer şekilde Tosun, Başak ve ark.nın çalışmalarında hemşirelerde, ilerleyen yaşla birlikte etik duyarlılığın da yükseldiği belirlenmiştir (*Tosun H. Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2005*).³

Bu çalışmada, çatışma alt boyutunda etik duyarlılığın, 18-29 yaş grubunda daha düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Başak ve ark. ve Dikmen'in yaptığı çalışmada da aynı sonuçlar elde edilmiştir.^{3,7}

Çalışma kapsamındaki hemşirelerin medeni durumuna göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları kıyaslandığında, sadece uygulama alt boyutunda anlamlı fark çıkmıştır ($p<0,05$). Bu çalışmadaki sonuçla benzer şekilde, Tazegün ve ark.nın yaptığı çalışmada da uygulama alt boyutunda anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.¹²

Çalışılan hastane puan ortalamaları ile bütüncül yaklaşım alt boyutu hariç ADA toplam puanı ve alt boyutları puan ortalamaları farklı anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Benzer şekilde Tosun'un çalışmasında da aynı sonuçlar bulunmuştur. Filizöz ve ark.nın çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur (*Tosun H. Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2005*).¹³

Çalışma pozisyonu puan ortalamaları arasındaki farka bakıldığında, bütüncül yaklaşım alt boyutu ve genel ADA toplam puan ortalamasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Benzer şekilde çalışma pozisyonunda hemşirelerden, görevi sorumlu hemşire olanlar daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu durumun, sorumlu hemşirelerin meslekteki deneyimlerinden ve sorumluluklarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Başak ve ark.nın çalışmasında da

benzer sonuçlar bulunmuştur.³ Hemşirelerin çalıştıkları servise göre etik duyarlılık düzeylerine bakıldığında, çatışma alt boyutunda ve genel ADA toplam puan ortalamasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Hemşirelerin iş yaşam kalitesine göre etik duyarlılık düzeylerine bakıldığında, yarar sağlama, çatışma ve uygulama alt boyutları ve genel ADA toplam puan ortalamasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Benzer şekilde Arslan ve ark.nın çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur.¹⁴ Çobanoğlu ve Algier'in, yoğun bakımdaki hemşire ve doktorların deneyimlediği etik problemlerin belirlendiği kalitatif çalışmada ise hemşirelerin hiyerarşik problemlerini ve iletişim problemlerini daha çok yaşadığı ve sistematik bir etik karar süreci kullanmadıkları belirtilmiştir.¹⁵ Hemşirelerden iş yaşam kalitesini düşük olarak tanımlayanların ise etik duyarlılık düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırma örneklemindeki hemşirelerin genel olarak verdikleri bakım uygulamalarında, hastaların bireyselliğini ne ölçüde desteklediğini değerlendiren BBSA madde puan ortalaması orta düzeye yakın bulunmuştur. BBSA alt boyutlarından olan klinik durum, karar verme kontrolü ve kişisel yaşam durumu orta düzeye yakın olarak bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç Can'ın, hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisini incelediği çalışma sonuçları ile benzerlik göstermiştir.¹⁶ Suhonen ve ark., uluslararası düzeyde aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 7 ülkede gerçekleştirdiği uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmada ise Türk hemşirelere ilişkin bulgularda genel olarak, BBSA toplam madde puan ortalaması ve alt boyutları bu çalışmada elde ettiğimiz bulgular ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.⁹

Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki görevlerine göre BBSA toplam madde puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark çıkmıştır ($p<0,05$). Sorumlu hemşirelerin BBSA madde puan ortalamaları, servis hemşirelerinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durumun, sorumlu hemşirelerin yönetici olarak sorumlulukları nedeniyle bir vardiyada bakımını üstlendiği hasta sayılarının, servis hemşirelerine göre

daha az olmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür. Hemşirelerin çalıştıkları servislere göre BBSA toplam ve 3 alt boyutunun, madde puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark çıkmıştır. Bu çalışma sonucunun farklı çıkma sebebinin, çalışmanın yapıldığı bölgeden kaynaklanabilir olduğunu düşündürmüştür.

Hemşirelerin iş yaşam kalitesine göre BBSA toplam ve 3 alt boyutunun, madde puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durum, hemşirelerde iş yaşam kalitesi yükseldikçe, bütüncül olarak bireyselleştirilmiş bakım ve alt boyutlarının da arttığını düşündürmüştür.

Yarar sağlama alt boyutu ile kişisel yaşam alt boyutu ve BBSA toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır ($p<0,05$). Yarar sağlama puanı arttıkça, kişisel yaşam puanı ve BBSA toplam puanı düşmektedir. Bu çalışmaya benzer bir çalışma yapılmamış olup, hemşirelerin yarar sağlama ve kişisel yaşama verdiği önemden dolayı bireyselleştirilmiş bakım puanı ortalamalarının daha yüksek olduğunu düşündürmüştür.

Bütüncül yaklaşım alt boyutu ile klinik durum, karar verme ve BBSA toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bu çalışmaya benzer bir çalışma yapılmamış olup, hemşirelerin bireyi bütün olarak ele almasının, karar verme klinik durumu ve bireyselleştirilmiş bakıma verdiği önemi artırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Çatışma alt boyutu ile kişisel yaşam alt boyutu ve BBSA toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bu çalışmaya benzer bir çalışma yapılmamış olup, bu durum hemşirelerin çatışma düzeyi düştükçe, verdiği bireyselleştirilmiş bakımın arttığını göstermektedir.

Uygulama alt boyut puanı ile klinik durum, kişisel yaşam, karar verme ve BBSA toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Bu çalışmaya benzer bir çalışma yapılmamış olup, bu durumun hemşirelerin uygulamaya verdiği önemin bireyselleştirilmiş bakım ve alt boyutlarını olumlu etkilediği düşünülmüştür.

ADA toplam puanı ile kişisel yaşam, karar verme ve BBSA toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). ADA alt boyut puanı arttıkça, kişisel yaşam, karar verme ve BBSA toplam puanı da düşmüştür. Bu çalışmaya benzer bir çalışma yapılmamış olup, bu durumu hemşirelerin etik duyarlılık düzeyleri arttıkça, verdikleri bakıma da daha fazla önem gösterdiklerini düşündürmüştür.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Afife Yurttaş, Mehmet Emin Atay; **Tasarım:** Mehmet Emin Atay, Afife Yurttaş; **Denetleme/Danışmanlık:** Afife Yurttaş; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Mehmet Emin Atay, Afife Yurttaş; **Analiz ve/veya Yorum:** Afife Yurttaş, Mehmet Emin Atay; **Kaynak Taraması:** Mehmet Emin Atay, Afife Yurttaş; **Makalenin Yazımı:** Mehmet Emin Atay, Afife Yurttaş; **Eleştirel İnceleme:** Afife Yurttaş, Mehmet Emin Atay; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** **Malzemeler:** Afife Yurttaş, Mehmet Emin Atay.

KAYNAKLAR

1. Acaroğlu R, Şendir M. [The scales for assessment of individualized care]. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2012;20(1):10-6.[\[Link\]](#)
2. Acaroğlu R. Bakımda Etik. II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı. Antalya; 7-11 Eylül 2003.
3. Başak T, Uzun Ş, Arslan F. [Investigation of the moral sensibility of intensive care nurses]. Gülhane Tıp Dergisi. 2010;52:76-81.[\[Link\]](#)
4. Goethals S, Gastmans C, de Casterlé BD. Nurses' ethical reasoning and behaviour: a literature review. Int J Nurs Stud. 2010;47(5): 635-50.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
5. Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H, Sosyal E. [The effect of individualized nursing care on the patient satisfaction and quality of life]. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2007;15(59):61-7.[\[Link\]](#)
6. Leyla Dİ. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2010;17(2):74-82.
7. Dikmen Y. [An observation on the moral sensibility of intensive care nurses]. Cumhuriyet Nurs J. 2013;2(1):1-7.[\[Link\]](#)
8. Lutzen K, Evertson M, Nordin C. Moral sensitivity in psychiatric practice. Nursing Ethics. 1997;52:76-81.
9. Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of individualized care. J Adv Nurs. 2010;66(5):1035-46.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
10. Şendir M, Acaroğlu R, Kanan N, Shonen R, Katajisto J. Bireyselleştirilmiş bakım ölçeği-hemşire versiyonunun türkçe geçerlik ve güvenilirliği. 1. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Kitabı. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi Müdürlüğü; 2010. p.129.
11. Babadağ K. Hemşirelik ve Değerler. 1. Baskı. Ankara: Alter Yayıncılık; 2010.
12. Tazegün A, Çelebioğlu A. Ethical sensitivity levels of pediatric nurses and the factors affecting this sensitivity. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast Dergisi. 2016;6(2):97-102.[\[Crossref\]](#)
13. Filizöz B, Mesci G, Aşçı A, Bağcıvan E. [Nurses' ethical sensitivity: research on central public hospitals in sivas province]. Turkish Journal of Business Ethics. 2015;8(1):47-66.[\[Crossref\]](#)
14. Arslan S, Taylan S, Gözüyeşil E. [Quality of work life and ethical sensitivity of nurses]. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017;2(2):21-6.[\[Link\]](#)
15. Cobanoğlu N, Algier L. A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. Nurs Ethics. 2004;11(5):444-58.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
16. Can Ş, Acaroğlu R. [Relation of professional values of the nurses with their individualized care perceptions]. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2015;23(1): 32-40.[\[Crossref\]](#)